Aus dem Strahleninstitut (Prof. Dr. Friedrich Voltz †) der I. Universitäts-Frauenklinik München
Vorstand: Prof. Dr. Heinrich Eymer

Die Verschleppung der Collumcarcinome der Gruppe III u. IV

(Aus dem Krankengut der I. Universitäts-Frauenklinik München, mit einer Statistik 1930–1934)

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin

verfaßt und einer

Hohen Medizinischen Fakultät der Bayerischen Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Alfred Jokszies

aus Deutsch-Krone

München 1939

Universitäts-Buchdruckerei Dr. C. Wolf & Sohn

Aus dem Strahleninstitut (Prof. Dr. Friedrich Voltz †) der I. Universitäts-Frauenklinik München
Vorstand: Prof. Dr. Heinrich Eymer

Die Verschleppung der Collumcarcinome der Gruppe III u. IV

(Aus dem Krankengut der I. Universitäts-Frauenklinik München, mit einer Statistik 1930–1934)

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin

verfaßt und einer

Hohen Medizinischen Fakultät der Bayerischen Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Alfred Jokszies

aus Deutsch-Krone

München 1939

Universitäts-Buchdruckerei Dr. C. Wolf & Sohn

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

Dekan:
Professor *Dr. med., Dr. phil. A. Dabelow*

Referent:
Professor *Dr. med. W. Rech*

Tag der mündlichen Prüfung:
16. 11. 1939

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Jährlich sterben in Deutschland — nach einer Reichsstatistik — 23000 Frauen an Uteruscarcinom, das ist ungefähr die Hälfte aller an Carcinom erkrankten Frauen. Wenn man diese Zahl betrachtet und berücksichtigt, daß gerade das Collumcarcinom wegen seiner Zugänglichkeit nicht allzu schwer diagnostiziert werden kann, so ist man erstaunt, daß diese Lokalisation des Carcinoms an der Sterblichkeit und Verschleppung sehr hoch beteiligt ist.

Sicher ist hierfür das bei weitem häufigste Vorkommen des Uteruscarcinoms der Hauptgrund, aber es spielen noch andere wesentliche Faktoren eine Rolle, die die therapeutischen Leistungen ungünstig beeinflussen.

Dies zu zeigen soll der Zweck dieser Arbeit sein.

Es wurden nur die Gruppen III und IV des Collumcarcinoms in dieser Arbeit berücksichtigt.

Die Einteilung der Carcinome in Gruppe III und IV.

A. Doederlein machte den Vorschlag, die Collumcarcinome (Carcinom des äußeren Muttermundes, Portiocarcinom, Cervixcarcinom) in die vier Gruppen einzuteilen. Nach dieser Einteilung gehören der Gruppe III die inoperablen Fälle, der Gruppe IV solche Fälle an, die wegen extremsten Fortgeschrittenseins eigentlich schon für jegliche Behandlung als aussichtslos anzusehen sind. Diese Gruppeneinteilung nach *A. Doederlein* findet hier an der Frauenklinik weitgehend Berücksichtigung und entspricht auch der Einteilung von *Stricker*, der über Gruppe III und IV im Band 8 der „Strahlentherapie" folgendes ausführt: „Das Collumcarcinom der Gruppe III ist ein einwandfrei inoperables Carcinom mit massiver Infiltration eines oder beider Parametrien, entzündlicher oder krebsiger Natur mit Übergang des Carcinoms auf Scheide, Blase, Ureteren, mit starker Jauchung und ausgedehnter Kraterbildung. Die gesamte Cervixwand ist durchbrochen, von der Cervixwand aus sind die Carcinommassen strangförmig oder breitblasig bis in die Beckenwand gewuchert. Das Collum uteri ist völlig von den Infiltrationen eingemauert und mit dem Corpus vollkommen unbeweglich. — Das Weiterschreiten des Collumcarcinoms führt dann zu Gruppe IV,

zu den inkurablen Fällen. Sie gehen größtenteils mit schwerer Kachexie, mit jahrelang bestehenden Blutungen, mit breitem Einbruch des Carcinoms in seine Umgebung und Bildung von Fernmetastasen einher. Der Palpationsbefund ist derart, daß man das ganze Becken ausfüllende, harte Massen fühlt, die gänzllich unbeweglich sind und, daß irgendeine Lokalisation nach Sitz oder Beginn der Erkrankung in keiner Weise mehr möglich ist."

Da sich das Collumcarcinom durch progredientes Wachstum auszeichnet, wird es verständlich, daß gerade dieses frühzeitig erkannt und einer geeigneten Therapie zugeführt werden muß. Das Collumcarcinom ergreift die Tiefe der Portio — hier kann auch der Ausgangspunkt liegen — und dann die Scheide und das Bindegewebe um diese herum. Meist erfolgt die Ausbreitung des Carcinoms auf dem Lymphwege. Oft wird gleichzeitig die Blase ergriffen oder das Rektum wird von krebsigen Massen durchsetzt. Blasen-Scheiden-, Rektum-Scheiden- und Gebärmutter-Scheidenfisteln entstehen. Das schnelle Umsichgreifen und die Ausbreitung der Neubildung wird durch die Tatsache erklärt, daß das Collumcarcinom durch ein ausgedehntes Netz von Lymphgefäßen mit den lebenswichtigsten Organen des Beckens in Verbindung steht. Somit wird es verständlich, daß das Collumcarcinom auch heute noch zum größten Teil erst in inoperablen Zustand zur Behandlung kommt. Hier ist aber nur von Gruppe III und IV die Rede, die sowieso inoperabel sind.

Es wurden im ganzen 616 Anamnesen der an Collumcarcinom erkrankten Frauen durchgesehen, die in den Jahren 1930—1934 an der Strahlenabteilung der I. Universitäts-Frauenklinik München zur Aufnahme kamen. Hiervon waren für den Zweck dieser Arbeit 594 Anamnesen verwertbar.

25 von diesen Frauen sind schon vor der Aufnahme in die Strahlenabteilung irgendwann einmal bestrahlt worden, während 569 zum erstenmal der Bestrahlung zugeführt wurden.

Von diesen 594, die an Collumcarcinom erkrankt waren, gelangten nur 82 = 13,8 % innerhalb des ersten Monats nach Auftreten verdächtiger Symptome, also nicht verzögert, zu einer wirksamen Therapie, während 512 = 86,0 % aus irgendwelchen Gründen erst längere Zeit nach Auftreten erster Symptome in eine wirksame Behandlung gelangten.

Als verschleppt gelten alle die Fälle, die nicht innerhalb des ersten Monats nach Auftreten carcinomverdächtiger Symptome zur Behandlung gelangten.

Wie sich dies auf die Jahre 1930—1934 verteilt, wieviele Fälle

verschleppt wurden und wieviele rechtzeitig zur Behandlung gelangten, darüber geben die ersten sechs Tabellen Aufschluß.

Tabelle 1.

Gruppe III und IV des Jahres 1930.

Gruppe	III	IV	gesamt %
nicht verschleppt	7	6	11,9
verschleppt	50	46	80,8

Tabelle 2.

Gruppe III und IV des Jahres 1931.

Gruppe	III	IV	gesamt %
nicht verschleppt	19	7	20,2
verschleppt	54	40	78,8

Tabelle 3.

Gruppe III und IV des Jahres 1932.

Gruppe	III	IV	gesamt %
nicht verschleppt	7	4	9,9
verschleppt	64	46	90,9

Tabelle 4.

Gruppe III und IV des Jahres 1933.

Gruppe	III	IV	gesamt %
nicht verschleppt	11	5	14,3
verschleppt	70	26	85,7

Tabelle 5.

Gruppe III und IV des Jahres 1934.

Gruppe	III	IV	gesamt %
nicht verschleppt	12	4	12,1
verschleppt	56	60	87,7

Das waren die Jahre 1930—1934 im einzelnen.

Die Zusammenfassung ergibt folgende Tabelle:

Tabelle 6.

Gruppe	III	IV	gesamt %
nicht verschleppt	56	26	13,8
verschleppt	294	218	86,2

Vergleicht man die 86,2% der verschleppten Fälle mit den nur 13,8% der unverschleppten, so sieht man, wie riesengroß der Prozentsatz der verspätet zur Behandlung kommenden Fälle ist.

In Arbeiten anderer Autoren fand sich bei *Martius* in 72%, bei *Esch* in 80,2%, bei *Sternfeld* in 81,3% und bei *Wolfram* in 78,86% eine Verschleppung.

Es wurde in letzter Zeit in der Verbesserung der Carcinomtherapie ganz Enormes geleistet, das operative Vorgehen und vor allem die Aktinotherapie wurden ausgebaut und haben eine Stufe erreicht, die, wenn man die Schwere und Bösartigkeit der Erkrankung berücksichtigt, zu sehr guten Resultaten geführt hat. Und diese wirksame Therapie könnte noch bei weitem mehr leisten, wenn sie früher einsetzen könnte.

Doch vom Auftreten der ersten Symptome bis zum ersten Gang zum Arzt, bis zur Diagnosestellung und Überweisung in eine geeignete Behandlung und bis zum Einsetzen derselben vergeht auch heute noch viel kostbare Zeit.

Immer wieder sind es die gleichen Gründe und die gleiche prozentuale Beteiligung an dem Verschulden der Verschleppung, die man auch in älteren Statistiken liest, wie heute.

Das Verschulden an der Verschleppung zeigt für dieses Krankengut (Collumcarcinom III und IV 1930—1934) Tabelle 7.

Tabelle 7.

Verschulden	Anzahl	%	III	IV
der Frau	389	65,5	219	170
des Arztes	48	8,0	26	22
des Arztes und der Frau	50	8,4	31	19
der Frau und des Krankenhauses	13	2,2	8	5
der Administrative u. sozial. Verhältnisse	8	1,4	4	4
der Frau und der Kurpfuscher	5	0,8	1	4

Also 65,5% der Verschleppung verschulden die Frauen ausschließlich selbst, sie sind aber immerhin noch in 11,4% stark

beteiligt. Diese Werte zeigen den erschreckend hohen Prozentsatz kranker Frauen, die es aus irgendwelchen Gründen nicht für nötig hielten, zum Arzt zu gehen.

Martius führt 88 %, *Wolfram* 76,13 % und *Winter* 74,5 % an, so daß unsere Werte etwa gleich sind.

Ähnliche Ergebnisse ergaben die Untersuchungen von *Zweifel, Baumert, Esch* und auch *Traude, Dietel* und *Dietsch* fanden nur wenig günstigere Verhältnisse vor.

Es ist auch interessant, die Häufigkeit der einzelnen Symptome, die bei diesen carcinomkranken Frauen in Erscheinung traten, zu betrachten. Fast bei allen Frauen traten mehrere Symptome zu gleicher Zeit auf, das Fehlen von Symptomen wurde in keinem Falle beobachtet.

Da es sich in den wenigsten Fällen feststellen ließ, welches Symptom im speziellen die Frau zum Arzt führte, soll hier nur gesagt werden, bei wievielen Frauen Blutungen (unregelmäßige oder atypische), Fluor, Schmerzen usw. sich zeigten.

Bei 469 = 79,0 % dieser Frauen traten unregelmäßige Blutungen auf, die in der Mehrzahl der Fälle das Initialsymptom darstellten. Von diesen 469 Frauen befanden sich 282 in der Menopause.

Von 139 = 23,6 % der Frauen wurde die Angabe gemacht, daß sie während der unregelmäßigen Blutungen oder der anderen Symptome einen merklichen Gewichtsverlust von einigen Kilogramm feststellen konnten.

Bei 216 = 36,4 % der Frauen fand sich Fluor, der teils rein eitrig, teils übelriechend und teils blutig tingiert war.

Bei 183 = 30,1 % traten Schmerzen teils stark, teils schwach auf, die meist als Kreuzschmerzen, aber auch als Bauchschmerzen lokalisiert wurden. Zum Teil fanden sie sich auch in der Leistengegend oder sie strahlten in Oberschenkel oder Rücken aus.

76 = 13,0 % der Frauen geben Kontaktblutungen bei Spülung, Untersuchung und Kohabitation an.

Spontane Blutung aus der Scheide bei Defäkation und Anstrengung fand sich bei 12 = 2,1 % der Frauen.

Meistens sind es die unregelmäßigen Blutungen gewesen, die die Frauen zum Arzt brachten. Das ist ja auch verständlich, denn es ist bei weitem das häufigste Symptom (nach *Sternfeld, Guggisberg, Wolfram* u. a.) und besonders bei den Frauen, die sich schon in der Menopause befanden .

Nicht so jedoch bei Frauen im Präklimakterium, bei denen eine Verzögerung dadurch eintrat, daß die Blutungen für unregelmäßige Wechselblutungen gehalten wurden.

Wenn es auch sicher ist, daß die funktionellen Störungen im Klimakterium, die sich durch Blutungen äußern, gegenüber dem Carcinom weit überwiegen, wäre es doch in vielen Fällen wohl dadurch, daß die Frau zum Arzt gegangen wäre, oder aber durch eine genaue Untersuchung gelungen, den bösartigen Charakter der Blutung festzustellen und die Kranke einer sachgemäßen Therapie rechtzeitig zuzuführen.

Schmerzen traten meist erst dann auf, wenn schon kürzere oder längere Zeit carcinomverdächtige Symptome bestanden. Und erst, wenn Unterleibs-, Hüft-, Bein-, Kreuz-, Rücken-, Miktions- oder Arbeitsbeschwerden hinzukamen, suchte die Frau den Arzt auf. Das Tragische beim Krebs ist ja, daß er anfangs keine Schmerzen macht und die meisten glauben, was nicht wehtut, kann auch nicht schlimm sein. Wenn aber die Schmerzen erst aufgetreten sind und die Frauen dann zum Arzt gehen, bedeutet das sehr oft schon einen zu späten Behandlungsbeginn, da Schmerzen gewöhnlich ein Zeichen dafür sind, daß die Krebsgeschwulst in die Umgebung des Collum uteri, auf Blase und Rektum sich ausgedehnt hat und zahlreiche Nervenstämme an der Hinter- und Seitenwand des Beckens befallen sind. Sehr oft hat der Krebs hierbei schon das Beckenbindegewebe, das Peritoneum, die Psoasscheide und den Plexus ischiadicus ergriffen.

Nach auftretenden Blutungen beim Geschlechtsverkehr haben auch nur ganz wenig Frauen sofort den Arzt aufgesucht, die anderen übersahen mit Gleichgültigkeit diese Symptome und trösteten sich damit, es werde schon von selbst wieder gut werden.

Gleichgültigkeit, falsche Vorstellungen, Unkenntnis, Glaube an Beginn des Klimakteriums oder an Wiederkehr der Periode, Indolenz, Angst vor der Untersuchung, vor der Operation oder den Kosten, Zeitmangel und Scham sind die Hauptursachen.

Eine große Anzahl von Frauen verzögerten so um mehrere Monate den Beginn der Behandlung, daß sie sich trotz dringenden ärztlichen Anratens nicht in die Anstaltsbehandlung begaben. Andere erschienen entweder nicht oder sie verweigerten die vaginale Untersuchung, oder aber verschwiegen charakteristische Symptome und machten es dem Arzt somit oft sehr schwierig, die richtige Diagnose zu stellen.

Die Gruppe der Indolenten, d. h. derjenigen Frauen, die ihren Krankheitserscheinungen vollkommen gleichgültig gegenüberstehen, ist erschreckend groß, ebenso die Zahl derjenigen, die jene falsch bewerten. „Wie Frauen aber Kohabitationsblutungen *(Lindgren)* monatelang als traumatisch bedingt ansehen können, wenn solche

früher nie aufgetreten sind, oder gar weit in der Menopause auftretende Spontanblutungen als Wiederkehr der Menstruation ansehen und teilweise freudig begrüßen können, ist für den Arzt schwer begreiflich. Entweder deuten die Frauen die Erscheinungen bewußt falsch, um sich über die Schwere ihrer Erkrankung so lange wie möglich hinwegzutäuschen, oder sie tun es unbewußt in völliger Unkenntnis der Symptome des Collumcarcinoms."

Ein wichtiger Grund für die Verschleppung sind ferner die sozialen Gesichtspunkte. Wenn sich für dieses Krankengut auch nur acht Fälle = 1,4 % feststellen ließen, die durch Verschulden der Administrative oder sozialer Motive verschleppt wurden, so muß man diesen Faktor doch berücksichtigen und für ein anderes Krankengut mögen viel höhere Werte vorliegen.

Bei fünf Frauen steht es fest, daß sie nicht zum Arzt gingen, weil sie kein Geld hatten, bei den drei anderen waren es häusliche Schwierigkeiten.

Wenn auch von allen Frauen der Beruf festzustellen war oder wenn verheiratet, der Beruf des Mannes, so war es doch schlecht möglich, die Fälle nach sozial besser und schlechter Gestellten zu ordnen; denn die wirkliche finanzielle Lage der Kranken läßt sich nachträglich schwer feststellen und allein aus der Berufsangabe läßt sich noch kein endgültiger Schluß ziehen.

War z. B. der Stand des Ehegatten Kaufmann, so kann man nicht wissen, wie die finanzielle Lage war; denn es gibt gut und schlecht verdienende Kaufleute. Daß aber die Mehrzahl unserer Fälle einer sozial schlechter gestellten Schicht angehörte, ließ sich mit Sicherheit feststellen, wenn auch nur fünf Frauen die Angabe machten, aus Geldmangel nicht zum Arzt gegangen zu sein.

Dieses soziale Moment ist nicht nur für die Verschleppung, sondern auch für die Erfolge einer Therapie von großer Bedeutung. Die Patientinnen aus besser gestellten Kreisen können sich eine viel bessere Pflege angedeihen lassen als finanziell schlechter gestellte. Wenn auch der Aufenthalt in der Klinik oft durch Freiplätze ermöglicht wurde, so ist auch noch die Nach- und Unterstützungsbehandlung von großer Wichtigkeit. „Denn die inoperabel krebskranke Frau muß sich körperlich möglichst schonen, ihr muß eine hinreichend kalorienreiche, roborierende Kost zur Verfügung stehen, um den Allgemeinzustand und die Abwehrkräfte des Körpers zu heben und auf der Höhe zu halten. Dieser Faktor ist besonders bei den Heilerfolgen der Strahlentherapie zu beachten. Gute Ernährung, gute äußere Lebensbedingungen und somit ein Leben ohne Sorgen

um das tägliche Brot sind eine unerläßliche Forderung für einen Dauererfolg."

Aber 65,5 % krebskranker Frauen verzögern aus eignem Verschulden und obengenannten Gründen den Beginn einer Behandlung.

Die Dauer dieser Verzögerung zeigt Tabelle 8.

Tabelle 8.

Es erfolgte der erste Gang zum Arzt nach Auftreten eines carcinomverdächtigen Symptoms:

	sofort	im 1. Mon.	im 2. Mon.	im 3. Mon.	im 4. Mon.	im 5. Mon.	im 6. Mon.	nach 6 Mon.
Gr. III	23	70	46	52	26	16	26	82
Gr. IV	31	30	36	35	27	13	19	62
Summe	54	100	82	87	53	29	45	144
Prozent	9,1	16,89	13,87	14,65	8,92	4,88	7,85	24,24

Die Tabelle zeigt, daß nur 9 % der Frauen sofort den Arzt aufsuchten, der größte Teil aber erst im Verlaufe der ersten drei Monate. Das ist wahrscheinlich so zu erklären, daß die Frauen auf das selbständige Verschwinden der Symptome gewartet haben und erst zum Arzt gingen, wenn sie merkten, daß es schlimmer wurde. Groß ist aber auch der Prozentsatz derer, die nach dem ersten halben Jahr nach Auftreten verdächtiger Symptome einen Arzt zu Rate zogen (24,24 %).

Wolfram zeigt, „daß nur 23,9 % der Frauen sofort, der größte Teil aber erst im Verlauf des ersten Vierteljahres den Arzt aufsucht. In diesem hat wiederum der zweite und dritte Monat die größte Zahl aufzuweisen. Diese Latenzzeit des Handels ist wohl durch die Progredienz der Erkrankung und das vergebliche Warten auf Verschwinden der Symptome zu erklären".

Hat nun die Frau doch den Weg zum Arzt gefunden, so setzt leider nicht immer sofort eine sachgemäße Therapie ein.

Denn auch der Arzt ist an der Verschleppung maßgeblich beteiligt und zwar bei diesem Krankengut in 8 % ausschließlich und dann noch zusammen mit der Frau in 10,6 %. Diese Zahlen zeigen, daß von diesen Frauen fast jede fünfte aus Verschulden des Arztes zu spät in sachgemäße Behandlung kommt.

Dietel und *Dietsch* errechneten an ihrem Material noch in 27,4 %, *Wolfram* in 34,16 % aller Verschleppungen ein Verschulden der Ärzte. Und *Winter* (1903) fand in 21,5 % der Fälle, *Martius* in 10,0 % ausschließliches Verschulden der Ärzte.

Unterlassung der vaginalen Untersuchung, falsche Bewertung der Symptome, fehlende Gründlichkeit bei der Untersuchung, Fehldiagnosen, langdauernde symptomatische Behandlung des nicht erkannten Carcinoms sind alles Gründe für eine Verschleppung durch den Arzt. Aber auch durch gewissenhafte Untersuchung kann viel Zeit vergehen, wenn der Arzt z. B. gezwungen ist, das Material, das er durch Curettage oder Exzision gewonnen hat, zur histologischen Untersuchung zu verschicken.

Da die Behandlung, vor allem aber die Strahlenbehandlung des Collumcarcinoms nicht in die Hand des praktischen Arztes gehört, bleibt sie dem erfahrenen und gut vorgebildeten Fachmann vorbehalten. Der Arzt in der Praxis draußen soll dagegen seine höchste gynäkologische Aufgabe darin sehen *(Stoeckel)*, die Carcinomfälle so früh wie möglich zu diagnostizieren und so schnell wie möglich einer wirksamen klinischen Behandlung zuzuführen.

Der Arzt hat bei unserem Krankengut in einer großen Anzahl von Fällen überhaupt keine oder aber eine falsche Diagnose gestellt. Was aber viele Ärzte vor allem unterlassen haben, ist die vaginale Untersuchung. Wieviele Frauen nicht vaginal untersucht wurden, ließ sich nicht genau feststellen, in fünf Fällen steht es aber fest.

Ein Beispiel: Eine Frau, von Beruf Hebamme, blutete seit acht Monaten. Die Frau war in der Menopause. Sie suchte einen Arzt auf, der ihr sagte, sie solle nur „selbst den Muttermund fühlen, sie könne es ja sicher!" Bei dieser Frau wurde dann erst vier Monate später anläßlich eines Hebammenlehrganges in der Frauenklinik die richtige Diagnose gestellt und sie konnte unverzüglich der Strahlentherapie zugeführt werden. Das Carcinom gehörte der Gruppe IV an.

Daß auch falsche Diagnosen gestellt wurden, sei es trotz vaginaler Untersuchung oder durch ihre Unterlassung, zeigt folgendes: Ein Carcinom wurde als Geschwür des Muttermundes gedeutet und mit Salbe und Tampons behandelt, andere wurden für Polypen oder eine Erosion der Portio gehalten. In einem Falle wurde ein Harnröhrenkatarrh diagnostiziert.

Und wie dann symptomgemäß die Medikamente vom Schreibtisch aus rezepiert wurden, zeigt folgendes: Zwar ließ sich nicht immer feststellen, welche Mittel den Frauen verschrieben wurden, darum sollen hier nur die Ausdrücke angegeben werden, welche die Patientinnen beim Erheben der Anamnese gebrauchten:

Es wurden verordnet: 25mal Tropfen, 15mal Spülungen, 12mal Pillen oder Tabletten, 6mal Injektionen, weiterhin Vaginalkugeln,

Tampons, Tee, warme und kalte Umschläge, Diathermie und Einreibungen.

Viele Frauen suchten, als die Mittel des ersten Arztes nicht halfen, noch einen zweiten auf, der sie dann auch meist zur Strahlenbehandlung überwies. Oder die Frauen kamen von selbst in die Klinik.

Betrachten wir nun das Alter der krebskranken Frauen, so sehen wir, daß der Krebs nicht ausschließlich eine Erkrankung des höheren Alters ist, sondern auch bei jüngeren Patienten auftritt. Diesen Gesichtspunkt haben vielleicht auch einige Ärzte außer acht gelassen und sich damit einer Verschleppung schuldig gemacht. Zwar ist es durchaus richtig, daß die Krebserkrankung am häufigsten in den Altersgruppen von 40—60 Jahren auftritt, aber das darf den Arzt nicht beeinflussen und gegen Carcinom entscheiden lassen.

Die Tabelle 9 zeigt, welchen Altersgruppen die Kranken angehören, die durch eigenes oder des Arztes Verschulden verzögert eingewiesen wurden:

Tabelle 9.

	28—30 Jahre	31—40 Jahre	41—50 Jahre	51—60 Jahre	61—70 Jahre	über 70 Jahre	Summe
Verschulden der Frau	7 1,4%	43 8,6%	141 28,2%	143 28,6%	58 11,6%	10 2,0%	402 80,4%
Verschulden des Arztes	4 0,8%	14 2,8%	46 9,2%	23 4,6%	8 1,6%	3 0,6%	98 19,6%

Aus dieser Tabelle sehen wir, daß in den Altersgruppen von 28—40 Jahren 10% durch Verschulden der Frau und 3,6% durch Verschulden des Arztes verzögert wurden. In den späteren Jahren, also im sogenannten carcinomverdächtigen Alter wurde 70,4% von den Frauen und 16,0% vom Arzt verschleppt. Das prozentuale Verhältnis Frau: Arzt bei der Verschleppung ist also bei beiden eben angeführten Altersklassen ungefähr gleich.

Die übrigen zwei in Tabelle 7 aufgeführten Ursachen der Verschleppung bedeuten gegenüber den ersten fünf nur eine kleine Zahl. Trotzdem muß auch diese berücksichtigt werden, denn es geht nicht an, daß Frauen aus administrativen Gründen oder wegen Ablaufs des Krankenkassenanspruches die rechtzeitige und notwendige Hilfe verweigert wird.

Auch wenn nun die richtige Diagnose gestellt ist, vergeht oft noch viel kostbare Zeit zwischen dem ersten Gang zum Arzt und

dem Einsetzen der wirksamen Therapie — in diesem Falle also = Aufnahme in die Klinik zur Strahlenbehandlung.

Tabelle 10 zeigt, wie lange Zeit nach dem ersten Arztgang die Frauen in die Strahlenbehandlung gelangten. Genaue Daten ließen sich bei 530 noch nicht bestrahlten Frauen feststellen.

Tabelle 10.

	sofort	im 1. Mon.	im 2. Mon.	im 3. Mon.	im 4. Mon.	im 5. Mon.	im 6. Mon.	später
Zahl	290	115	28	24	8	5	5	55
Prozent	54,8	21,8	5,3	4,5	1,5	0,9	0,9	10,3

Es kommen also nur 54,8 % der carcinomkranken Frauen ohne Verzögerung nach dem ersten Arztgang zur Behandlung, während 45,2 % durch die oben erwähnten Umstände kürzere oder längere Zeit verschleppt werden.

Bei *Wolfram* sind es 44,8 %, die ohne Verzögerung und 55,2 %, die längere Zeit nach dem ersten Arztgang zur Behandlung gelangten.

Fassen wir nun zusammen und betrachten die Zeitspanne, die zwischen dem Beginn der verdächtigen Symptome und dem Einsetzen der Strahlenbehandlung ungenützt vergeht, so sieht die Verschleppung an diesem Krankengut — wie Tabelle 11 zeigt — folgendermaßen aus:

Tabelle 11.

Es wurden nach Auftreten der ersten Symptome eingeliefert im:

	1. Mon.	2. Mon.	3. Mon.	4. Mon.	5. Mon.	6. Mon.	später
Frauen	59	62	82	36	29	52	249
Prozent	10,4	10,8	14,4	6,4	5,1	9,2	43,7

Diese Tabelle erfaßt nur die 569 Frauen, die zum ersten Male an der hiesigen Strahlenabteilung zur Behandlung gelangten. Also nur 59 = 10,4 % der Frauen gelangten im ersten Symptomenmonat zur Aufnahme, während 510 = 89,6 % bereits sechs oder mehr Monate carcinomverdächtige Symptome hatten, ehe sie der Strahlentherapie zugeführt wurden.

Wolfram gibt für sein Krankengut etwas günstigere Zahlen an, so wurden bei ihm im ersten Monat nach Auftreten verdächtiger Symptome 21,1 % eingeliefert und im Verlauf der ersten 6 Monate oder später 78,9 %.

Betrachtet man diese Zahlen, so wird es verständlich, daß auch die Heilungsziffer, die ja mit einer längeren Dauer der Verschleppung fällt, nicht gut sein kann.

Die Strahlentherapie hat aber hier — gerade bei diesen inoperablen und inkurablen Fällen — Hervorragendes geleistet.

Darum noch ein Wort zur Heilung durch die kombinierte Röntgen-Radiumbestrahlung.

Als geheilt gilt eine Frau, bei der sich fünf Jahre nach der Behandlung keine carcinomverdächtigen Symptome mehr gezeigt haben. Die folgenden Tabellen geben einen Überblick über die Heilungsziffern.

In Tabelle 12 sind die Fälle der Gruppe III und in Tabelle 13 die Fälle der Gruppe IV aufgeführt.

Tabelle 12.

Anzahl der Fälle Gruppe III	geheilt	an Ca gestorben	an interkurr. Krankh. gestorben	nichts zu ermitteln
350	95	225	29	1
Prozent	27,1	64,3	8,3	0,3

Tabelle 13.

Anzahl der Fälle Gruppe IV	geheilt	an Ca gestorben	an interkurr. Krankh. gestorben	nichts zu ermitteln
244	21	214	8	—
Prozent	8,6	87,7	3,3	—

Eine Frau wurde moribund eingeliefert.

Die Heilungsziffer bei den Carcinomen der Gruppe III ist also bedeutend höher als bei denen der Gruppe IV. Wenn man bedenkt, wieviel weiter vorgeschritten auch ein Carcinom der Gruppe IV ist, so sind diese Zahlen verständlich.

Das Verhältnis der Heilungsziffern Gruppe III : IV ist also wie 27,1 % : 8,6 %.

Beide Gruppen zusammen geben also bei einer Zahl von 594 Fällen eine Fünfjahresheilung von 19,2 %.

Diese Zahl zeigt, welche Bedeutung der Strahlentherapie zukommt — wirkt sie doch bei den Fällen (inoperablen und inkurablen), wo das Messer machtlos gewesen wäre.

Die Zahl der Geheilten könnte aber noch höher sein, wenn sich nicht viele Frauen der Fortsetzung der Therapie oder der Nach-

untersuchung entzogen hätte. Gründe hierfür sind: Bettlägerigkeit, weite Entfernung vom Behandlungsort, Transportunfähigkeit, Geldmangel und auch das täuschende subjektive Gesundheitsgefühl, weil durch die erste Bestrahlung die Krankheitssymptome behoben wurden und die Frauen aus diesem Grunde eine weitere Behandlung für unnötig hielten.

Eine vollkommene Heilung der inoperablen und inkurablen Carcinome durch die Strahlentherapie gelingt heute also noch nicht. Aber schon, daß diese Therapie die Krankheitssymptome nimmt, ist wertvoll. Der fötide Fluor, die Blutungen und die Schmeren verschwinden, die Lebenszeit wird verlängert, der Tumor schwindet stellenweise und die Ulzerationen werden vernarbt.

Das Wichtigste bei der Krebsbekämpfung und der Weg zu besseren Erfolgen bleibt aber doch immer die Frühdiagnose und die Aufklärung der Frau. Wenn den Kranken auch noch so vollkommene Institute zur Verfügung stehen, so ist natürlich für deren gute Leistung die frühzeitige Einlieferung der Frau unerläßlich. Es ist nötig, die Frau dahin zu erziehen, daß sie alle Veränderungen an ihrem Genitale beobachtet und daß Abweichungen von der Norm sie zum Arzt führen.

Lindgren schreibt dazu: „Auf Grund unserer Untersuchungen halten wir eine weitere energische, mit allen Mitteln unterstützte, ständig fortgesetzte Publikumsaufklärung in Wort und Schrift für unerläßlich, besonders da wir den Eindruck gewannen, daß die bisherige Aufklärung die Betreffenden entweder nicht erreicht hat oder ungenügend war. Um auch die Frauen der arbeitenden Klassen, die dieser Art der Aufklärung wohl meist entgehen werden, zu erfassen, müssen auch Hebammen, Apotheker, Gemeindeschwestern usw. in die Krebsbekämpfung eingespannt werden. Die Einführung des von *Sellheim* empfohlenen Blutungskalenders halten wir für sehr zweckmäßig.

Aus der Überzeugung, daß die Grundbedingung für die Effektivität jeder Krebsbekämpfung die absolute Zuverlässigkeit der Ärzteschaft ist, muß jede Verschleppung von Collumcarcinom durch den Arzt verschwinden. Wir fordern dazu die grundsätzliche Durchführung der sachgemäßen Untersuchung; *Lönne* verlangt hierfür sogar gesetzliche Regelung."

Im Volke ist ja immer noch die Ansicht vorhanden, daß der Krebs eine unter allen Umständen unheilbare Krankheit ist. Und wie schwer es ist, den Laien von dieser Auffasung abzubringen, zeigt die Tatsache, daß es bis heute noch nicht gelungen ist.

Um auch diese Ansicht auszurotten und möglichst früh zur Erfassung aller Krebskranken zu kommen, führen *von Mikulicz-Radecki* und *Läwen* (Königsberg) seit langem schon ihre bekannten Reihenuntersuchungen durch. Daß hierbei schon gute Erfolge zu verzeichnen sind, wurde von ihnen auf der „Tagung der Reichsarbeitsgemeinschaft und des Reichsausschusses für Krebsbekämpfung" am 12. Mai 1939 in München in ihrem Vortrage: „Laienaufklärung und Reihenuntersuchungen im Kampf gegen den Krebs in Ostpreußen" gezeigt.

Der Arzt hat hier eine große Aufgabe!

Wenn die Laienaufklärung erst einmal weiter fortgeschritten ist und es gelingt, durch frühzeitige Diagnose und sofortige Einweisung einen unverzögerten Behandlungsbeginn zu erreichen, dann werden auch die absoluten Heilungsziffern steigen.

Zusammenfassung.

Es wurde die Frage der Verschleppung des Collumcarcinoms untersucht. Insgesamt waren 86,0% aller Fälle verschleppt. Die Hauptschuld traf die Frauen selber, die in 65,5% der verschleppten Fälle aus Indolenz, Selbsttäuschung, Unkenntnis, falscher Scham, Angst, Arbeitsüberhäufung oder Geldmangel den Arztgang übermäßig lange hinausschoben.

Verschleppung durch den Arzt ausschließlich wurde in 8% der Verschleppungen beobachtet. Sie wurde durch Unterlassung sofortiger, gründlicher Untersuchung oder durch falsche Beurteilung der Symptome oder des Palpationsbefundes verursacht. Diese Zahlen der durch die Frauen verschleppten Fälle stimmen fast mit den Ergebnissen anderer Autoren überein, nur die durch den Arzt verschleppten sind bei diesem Krankengut geringer.

Die Hauptforderung in allen mir zugänglich gewesenen Arbeiten ist immer wieder: Möglichst frühe Diagnosestellung, früher Behandlungsbeginn und Laienaufklärung, um eine wirksame Basis zur Bekämpfung des Krebses zu haben.

Herrn Professor *Dr. Fr. Voltz* möchte ich auch an dieser Stelle für die Überlassung des Themas danken.

Für die Durchsicht meiner Arbeit, sowie für die liebenswürdige Übernahme des Referats nach dem Tode des Herrn Professor *Dr. Fr. Voltz* möchte ich Herrn Professor *Dr. med. W. Rech* meinen ergebensten Dank aussprechen.

Literatur

Baumert: Inaug-Diss. Berlin 1938.
Dietel und *Dietsch:* Dtsch. med. Wochenschr. 1935.
Esch: Zentralbl. ärztl. Fortbildung 1932.
Gornick: Münch. med. Wochenschr. 1929/2.
Lönne: Münch. med. Wochenschr. 1933, 34, 36.
Lindgren: Inaug.-Diss. Berlin 1938.
Martius: Med. Klin. 1935.
Sternfeld: Inaug.-Diss. Berlin 1936.
Stoeckel: Lehrbuch f. Gynäk.
Traude: Inaug.-Diss. Köln 1935.
Winter: Arch. f. Gynäk. 1922, Wochenschr. f. Krebsbekämpfung 1933.
Wolfram: Med. Klin. 1937.

Lebenslauf

Als Sohn deutscher Eltern wurde ich am 31. 1. 1912 in Heydekrug (Ostpreußen) geboren.

Das Abitur bestand ich im Februar 1933 an dem Humanistischen Gymnasium in Deutsch-Krone. Ich studierte an den Hochschulen Jena, Freiburg und München Medizin.

An der Universität Jena bestand ich nach dem 2. Semester mein Vorphysikum und nach dem 5. das Physikum.

Seit dem Wintersemester 1936/37 besuchte ich die Universität München, an der ich am 22. Februar 1939 die Ärztliche Prüfung bestand.

Alfred Jokszies.